



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

**O USO DE TECNOLOGIAS LEVES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS
EM PEDIATRIA COMO FATOR DE DIMINUIÇÃO DE ANSIEDADE**

TAÍS COELHO STACCIARINI

Ceilândia- DF

2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

**O USO DE TECNOLOGIAS LEVES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS
EM PEDIATRIA COMO FATOR DE DIMINUIÇÃO DE ANSIEDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito à aprovação em disciplina de TCC 2 do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^ª. Mcs. Casandra Ponce de Leon.

Ceilândia- DF

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Stacciarini, Taís Coelho.

O uso de tecnologias leves no pré-operatório de cirurgias em pediatria como fator de diminuição de ansiedade/Taís Coelho Stacciarini; orientadora Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de Leon. -- Brasília, 2018.

50 p.

Tese de conclusão de curso (Graduação - Enfermagem) -- Universidade de Brasília, 2018.

1. Brinquedo terapêutico. 2. Pediatria. 3. Ansiedade. 4. Tecnologia leve. I. Genoveva Rosales Martins Ponce de Leon, Casandra, orient. II. O uso de tecnologias leves no pré-operatório de cirurgias em pediatria como fator de diminuição de ansiedade

TAÍS COELHO STACCIARINI

**O USO DE TECNOLOGIAS LEVES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
CIRURGIAS EM PEDIATRIA COMO FATOR DE DIMINUIÇÃO DE
ANSIEDADE**

Aprovada em _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Profª Msc. Casandra G. R. M. Ponce de Leon
Orientadora

Prof. Drª. Prof.ª Laiane Medeiros Ribeiro
(Universidade de Brasília-Faculdade de Ceilândia)
Avaliadora

Profª Fernanda Cristina de Freitas
(Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - HMIB)
Avaliadora

Mestranda Danielle da Silva Fernandes
(Universidade de Brasília-Programa de Pós Graduação
em Enfermagem)
Avaliador

Dedicatória

À minha mãe, que me ensinava matemática na 7ª série e ao meu pai que me levava na Ceilândia em dias conturbados. À minha irmã por alimentar meus sonhos. Obrigada por sempre me ensinarem a levar luz, por onde eu passar. Vocês são eternos em meu coração.

Agradecimentos

À Deus e Nossa Senhora. Por serem meu refúgio e força. Por me mostrar o quanto eu sou capaz e forte. Por ter permitido o meu ingresso na Universidade que sonhei minha vida toda: a UnB.

Aos meus pais, Geisa e Vilmondes. Não só pelas palavras de acalento e apoio, mas também, pelos esforços físicos. Por me levarem na Ceilândia em dias de chuva. À minha mãe, pela preocupação, carinho, afeto e ajuda. Ao meu pai, pelos abraços quentinhos. Obrigada pelo investimento em minha criação, por confiarem na minha capacidade e por me ensinarem a não deixar nada que quero pelo caminho. Vocês são a forma de amor mais genuína que conheço.

À minha alma gêmea: minha irmã, Isa. Obrigada por alegrar meus dias, pelos sorrisos e até palavras firmes nos momentos que precisei. Pelos conselhos de “irmã mais velha”. Que Deus me permita seguir seus passos na vida profissional. Você é uma mulher de sucesso. Aos meus outros irmãos, Flávia, Luciano e Danilo que me apoiaram e me ouviram quando eu precisei.

Ao meu amor Arthur Svidzinski, por ser meu lado racional. Por ter sempre firmes palavras de apoio, por cuidar de mim e me dar chocolate quando eu estava preocupada com a minha pesquisa. Obrigada por trazer emoção e amor para minha vida.

À minha amiga de graduação e futura parceira de trabalho: Natália Pereira. Por ter vencido comigo 5 anos de faculdade, pelos estudos via WhatsApp, por chorar e rir comigo. Obrigada por passar madrugadas a dentro ouvindo meus áudios. Você é preciosa, Maria.

À minha amiga do ensino fundamental: Isabella Maria. Obrigada, por estar 14 anos em minha vida. Por compartilhar comigo segredos e confidências e por ser tão verdadeira. Por me mostrar o quanto sou capaz e devo buscar o que desejo. À Jade Amorim. Por se mostrar presente quando preciso. Por trazer leveza e alegria, sempre. Cito também, todos os meus amigos da época de escola do *All Star* e aproveito aqui, para me desculpar pelos encontros que não pude ir por estar estudando.

À minha orientadora e inspiração de profissional: Casandra Ponce de Leon. Faltam palavras para agradecer pela disponibilidade diária comigo. Todas as dicas e

conselhos dados guardo com carinho e lembrança, desde a disciplina de Saúde da Mulher e da Criança. Deus não poderia me permitir orientadora melhor.

Agradeço aos mestres e doutores dessa instituição que sempre foi meu sonho estudar. Pelos conhecimentos transmitidos e zelo com os alunos. Saio da UnB uma profissional preparada.

Por fim, cito todos os parentes que não foram mencionados. Obrigada por mesmo de longe, transmitirem apoio e afeto. Sou grata a cada mensagem e ligação recebidas.

RESUMO

Introdução: As tecnologias leves em saúde envolvem as relações de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos e sobretudo, de autonomização de indivíduos. O brinquedo terapêutico (BT) aliado a um processo de comunicação significativa passa a ser um exemplo de tecnologias leves na pediatria e de inserção da criança no processo de cuidado, amenizando a ansiedade pelo processo de hospitalização e, sobretudo, pelo momento do pré-procedimento cirúrgico. **Objetivo:** avaliar os efeitos da tecnologia leve, comunicação e BT, com crianças de 5 a 7 anos, no pré-operatório de cirurgias gerais no Hospital Universitário de Brasília (HUB). **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo transversal, baseado no pré e pós intervenção. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, na primeira participaram 7 crianças e na segunda 10 crianças. Foram elaborados dois BT: uma boneca e um boneco com órgãos e cavidades que podem ser manuseadas. A primeira fase (primeiro semestre de 2018) denominada “exploratória”. Ela envolveu a aplicação de um questionário sócio demográfico junto aos pais ou responsáveis legais da criança, verificação dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura) e a dinâmica para se conhecer as principais dúvidas das crianças com relação à cirurgia. Durante esta dinâmica foi usado o Teste VPT- Venham Picture Test assim como os sinais vitais, mais uma vez. Na segunda fase (segundo semestre de 2018), foi usado o BT para esclarecer as dúvidas e buscar diminuir a ansiedade pré-operatória. Portanto, esta fase contou com o seguinte delineamento: 1) questionário sócio demográfico, 2) sinais vitais, 3) Teste VPT, 4) escala mYPAS, 5) BT, 6) sinais vitais, 7) Teste VPT e por fim, 8) mYPAS. **Resultados:** na primeira fase, 86% das crianças estavam ansiosas de acordo com o Teste VPT e as dúvidas mais frequentes que emergiram sobre como e em que local anatômico que seria a cirurgia. Na segunda fase, dos três métodos de análise da ansiedade usados, dois evidenciaram ansiedade antes do uso do BT: sinais vitais e Teste VPT. Ambos os métodos mostraram que após o brinquedo e a comunicação significativa, os níveis de ansiedade reduziram, alguns mostrando score zero. A escala mYPAS revelou que 33,34% das crianças estavam ansiosas antes da intervenção e após ela, apenas uma criança se mostrou ansiosa. **Conclusão:** o presente trabalho evidenciou que o pré-operatório é uma situação que causa ansiedade e que o uso de tecnologias leves (BT e comunicação significativa) reduzem e até exterminam essa ansiedade antes da intervenção cirúrgica.

Palavras-chaves: Brinquedo terapêutico, pediatria, ansiedade, tecnologia leve.

ABSTRACT

Introduction: Lightweight technologies used in health involves the production of communication relations, hospitality, bond and, above all, autonomy of individuals. The Therapeutic Play (TP) coupled with a significant communication process becomes an example of lightweight technologies in pediatrics and insertion of the child into the care process, alleviating anxiety caused by hospitalization process and, surgical pre-procedures. **Objective:** evaluate the lightweight technologies effects, communication and TP, with children from 5 to 7 years old, in general surgeries preoperative at the Hospital Universitário de Brasília (HUB). **Methodology:** this is a cross-sectional descriptive study based on pre and post intervention. The research was developed in two stages: in the first, with 7 children, and in the second, with 10 children. Two TP were made: a girl doll and a boy doll with organs and cavities that can be manipulated by the patients. The first phase (first semester of 2018), called "exploratory", involved the application of a socio-demographic questionnaire with parents or legal guardians of the children, monitoring vital signs (heart rate, respiratory rate, oxygen saturation and temperature) and dynamics, to know the main doubts of the children regarding the surgery. During this dynamic, the VPT Test - Venham Picture Test - was applied, as well as the vital signs again. In the second phase, (second semester of 2018), TP was applied to clarify doubts and seek to decrease preoperative anxiety. Therefore, this phase had the following development: 1) socio-demographic questionnaire, 2) vital signs, 3) VPT Test, 4) mYPAS scale, 5) TP, 6) vital signs, 7) VPT Test and finally 8) mYPAS scale. **Result:** in the first phase, 86% of the children were anxious according to the VPT Test and the most frequent doubts that emerged were about how and in what anatomical site the surgery would take place. In the second phase, of the three methods of anxiety analysis applied, two showed anxiety before using TP: vital signs and VPT test. Both methods showed that after the doll manipulation and significant communication, anxiety levels reduced, some showing zero score. The mYPAS scale revealed that 33.34% of the children were anxious before the intervention and, after it, only one child was anxious. **Conclusion:** the present study showed that the preoperative period is a situation that causes anxiety and that the use of lightweight technologies (TP and significant communication) reduces and even ceases this anxiety before surgical intervention.

Keywords: Therapeutic play, pediatrics, anxiety, light technology

Sumário

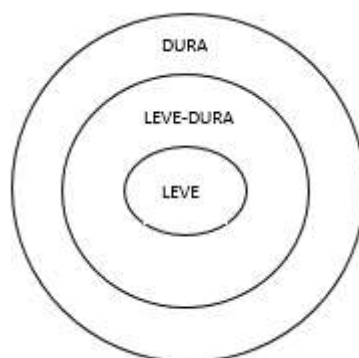
INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	4
Objetivo Geral.....	4
Objetivo específico.....	4
MATERIAL E MÉTODO	5
RESULTADO E DISCUSSÃO.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
APÊNDICES	26
REFERÊNCIAS	37

INTRODUÇÃO

A saúde, e circunstancialmente, o hospital, é palco de avanços científicos, bem como o uso de técnicas e tecnologias cada vez mais modernas e aprimoradas. As tecnologias em saúde são divididas em três categorias, duras (equipamentos e máquinas), leve-dura (saberes bem estruturados no processo de saúde) e leves (referem-se às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização) (MERHY, 1997). O uso dessas três tecnologias é indispensável na saúde, principalmente, o das tecnologias leves. Através dela que é realizado o primeiro contato e o acolhimento com o usuário do sistema de saúde, sendo estes, etapas fundamentais para estabelecer e fortalecer o vínculo entre paciente e profissional.

Estas tecnologias não são classificadas de acordo com grau de importância, mas sim, pelo grau de complexidade. De acordo com Merhy (2002), na saúde, predominam as tecnologias leves em detrimento das tecnologias duras. Isso acontece porque elas proporcionam conhecer de forma mais ampla o ambiente, espaços e possibilidades para traçar estratégias de cuidados e aumentar o campo da intervenção. As tecnologias atuam em conjunto, ou seja, são complementares umas às outras. Em resumo, em uma boa anamnese, se faz uso de tecnologias leves, leve-duras e duras.

Figura 1 – Tecnologias em saúde são complementares



Fonte: Elaborada pela autora.

Uma comunicação efetiva e qualificada, facilita o processo de enfrentamento e tratamento de doenças, principalmente na área da pediatria, uma vez que proporciona melhor satisfação e adesão a terapêutica (KOHLSDORF, et.al., 2013). Para alguns autores como Leite, Caprara e Coelho Filho (2007) o fornecimento de informações por

parte do profissional sobre o estado saúde-doença deve ser direcionado aos pais e acompanhantes da criança. Porém, outros autores, defendem a inclusão da criança no processo de tratamento, visando sempre o interesse e capacidade cognitiva da mesma (DULMEN, 2004).

O brinquedo terapêutico (BT) é um exemplo de tecnologia leve em pediatria e com a inserção da criança no processo de cuidado. O termo “tecnologia como processo e produto decorrente do conhecimento científico que ampliam a possibilidade de produção de novos conhecimentos científicos” (ROCHA, 2006). Isso ocorre de forma interligada com a ciência, não apenas em termos do conhecimento estruturado e fundamentado, mas também em termos de prática efetiva. Sendo assim, podemos compreender que o BT, como um produto, um objeto, é uma tecnologia dura (utilização de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas), mas quando utilizado como um modo de cuidado, assume a característica de uma tecnologia leve, já que busca a implementação de um cuidado específico destacando a comunicação efetiva e qualificada (ROCHA, 2006).

A criança precisa de um tratamento diferenciado para compreender o procedimento e a técnica à qual será submetida. O BT alivia a tensão da criança e proporciona uma visão real do ambiente hospitalar, ao invés do paciente “fantasiar” sobre o que irá ocorrer, o que, normalmente acontece quando são passadas orientações e informações no processo de internação (COLLET, 2010).

“Brinquedo terapêutico significa uma sessão de preparo da criança (de 15 a 45 minutos) para o que irá acontecer (cirurgias, procedimentos técnicos, como punção venosa, curativos, inalação e outros) mediante a utilização de uma brincadeira que imita situações hospitalares. Tem por objetivo possibilitar melhor comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e a criança-família, proporcionado àqueles a compreensão necessária do sentimento da criança”. (COLLET, 2010, p. 140)

O BT pode ser amplamente utilizado por profissionais da saúde, nomeadamente, enfermeiros, como uma atividade recomendada e regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da Resolução 295/2004, revogada pela Resolução do Cofen Nº 546/2017. Por meio dele, se conhece melhor a criança, bem como as suas necessidades. Dessa forma, fornece ao profissional a capacidade de traçar uma assistência de enfermagem condizente ao caso, atendendo as reais necessidades da criança e família. Na resolução do Cofen nº 546 lê-se:

“**Art. 1º.** Compete à Equipe de Enfermagem que atua na área pediátrica, a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas. **Parágrafo único.** A utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico, quando realizada por Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, deverá ser prescrita e supervisionada pelo Enfermeiro. **Art. 2º.** A utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico deverá contemplar as etapas do Processo de Enfermagem com seu devido registro em prontuário, enquanto documento legal, de forma clara, legível, concisa, datado e assinado pelo autor das ações” (COFEN, 2017, s/p).

O BT tem sido usado como técnica em alguns estudos para o preparo da criança no pré-operatório. Paladino (2014) em seu estudo sobre o uso do brinquedo terapêutico para o preparo de cirurgias afirma que:

“Seu uso rotineiro em unidades que atendem crianças justifica-se pelo fato de que informá-las de maneira clara sobre a necessidade da hospitalização e da cirurgia contribui para amenizar a ansiedade, fazendo com que se sintam seguras e capazes de confiar no adulto que cuida delas. Pais e profissionais têm dificuldade para transmitir essas informações, omitindo frequentemente a verdade, na tentativa de poupar a criança e não lhe causar sofrimento. Quando isso acontece, a confiança da criança nos adultos que cuidam dela pode ser terrivelmente abalada, levando-a a acreditar que já não é mais amada por eles” (PALADINO, et.al., 2014, p. 424).

O preparo da criança, pelo enfermeiro, no pré-operatório constitui uma fase importante no contexto cirúrgico. Para a criança ficar a par dos acontecimentos é crucial a participação familiar. É função dos profissionais coletar dados com os acompanhantes sobre o que o pequeno paciente já sabe acerca do procedimento a que será submetido. Crianças que se internam para procedimentos cirúrgicos passam por um processo de sofrimento maior do que outras crianças que estão no ambiente hospitalar por outros motivos. “O sofrimento vivenciado no pré, trans e pós-operatório é real, as crianças são mantidas em jejum por várias horas e os cortes, aparentes ou não, doem a cada movimento” (CORONEL, 2010).

A separação dos pais e o sentimento de abandono ao se encaminharem ao Centro Cirúrgico, podem ser vistos como uma forma de punição e medo do ambiente diferente, monótono e pessoas desconhecidas. Para uma abordagem de sucesso, o uso de brinquedos terapêuticos, tem se mostrado eficaz. Ele permite à criança expressar livremente suas

ansiedades e a equipe de saúde consegue identificar seus medos e intervir com terapêuticas e planos de cuidados (COLLET, 2010). A autora ainda afirma que:

“Devem ser usadas estratégias que visam minimizar o sofrimento e desenvolver o preparo psicológico com o ensaio dos procedimentos aos quais a criança será submetida, por meio do brinquedo terapêutico, deverá ser feito de forma sistemática [...]. Dessa forma, a criança assimila melhor a situação, minimizando o estresse e tornando-se mais familiarizada com a hospitalização”. (COLLET, 2010, p. 499).

O ambiente hospitalar é caracterizado por ser desconhecido, despertando ansiedade, medo e estranheza por parte dos pacientes. Quando se fala em pediatria e em cirurgia, esses sentimentos se amplificam por se tratar de um público mais vulnerável submetido a um procedimento invasivo e de riscos consideráveis. Assim, o uso de tecnologias leves (comunicação, métodos lúdicos e brinquedos terapêuticos) constituem uma medida para diminuir o sentimento de ansiedade e despertar o interesse da criança para o procedimento, bem como, amplificar os conhecimentos e gerar o autocuidado. Vale ressaltar que, a quantidade e profundidade de informações a serem transmitidas, vai depender da idade da criança e sua capacidade de compreensão.

Diante do exposto, esta pesquisa foi desenvolvida para validar o uso de um brinquedo terapêutico em crianças de 5 a 7 anos no pré-operatório em um hospital universitário em Brasília, assim como, descrever as alterações cognitivas, fisiológicas e emocionais que ocorrem nas crianças, com o emprego da entrevista, coleta de sinais vitais como frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura (Temp.) e saturação (SatO2) de oxigênio, Teste VPT, aplicação da escala mYPAS antes e após da intervenção educativa com o brinquedo terapêutico.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar os efeitos de uma tecnologia leve (brinquedo terapêutico) com crianças de entre 5 a 7 anos no pré-operatório de cirurgias no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Objetivo específico

Averiguar as alterações cognitivas, fisiológicas e emocionais que ocorrem nas crianças, com o emprego da entrevista, coleta de sinais vitais como frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura (Temp.) e saturação (SatO₂) de oxigênio, Teste VPT, aplicação da escala mYPAS antes e após da intervenção educativa com o brinquedo terapêutico.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, transversal, com 17 crianças de 5 a 7 anos, internadas em um Hospital Universitário de Brasília no período de março a outubro de 2018 baseado na pré e pós intervenção. Foram analisadas as mudanças ocorridas nos mesmos sujeitos antes e após a implementação da intervenção (BT) em crianças no pré-operatório, realizado na Clínica Médica Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília, que atende pacientes com diversas afecções clínicas incluindo paciente que irão se submeter a procedimentos cirúrgicos.

O critério de inclusão para compor a amostra do estudo era ter entre 5 a 7 anos, ser um paciente pré cirúrgico e aceitar participar da pesquisa, além de ter a autorização dos pais (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE) (APÊNDICE A). A criança também deu seu assentimento e para tal, foi elaborado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B).

A coleta de dados foi realizada na Clínica Médica Pediátrica, enfermaria em que a criança estava internada, na presença do acompanhante. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos do estudo e como seria realizada a coleta dos dados.

Foram excluídas da pesquisa crianças com distúrbios crônicos degenerativos, com transtornos do sistema nervoso, com alguma síndrome ou em fase aguda de dor.

A escolha do intervalo de idade está relacionada a alguns critérios como, o desenvolvimento cognitivo, motor, emocional das crianças. Com 5 anos, a criança consolidou uma série de informações além de estar em fase de descoberta. O principal marco desta faixa etária é o desenvolvimento cognitivo, no qual a criança deixa de realizar ações pré-operacional passando para as operações concretas. Outro marco importante na faixa etária dos 5 aos 7 anos é a introdução na vida escolar, onde a criança passa a

estabelecer relações interpessoais o que torna um facilitador no processo de diálogo (BEE, 2011). Importante destacar que:

“A criança descobriu um grande número de habilidades e capacidades novas; ela é capaz de resolver uma nova e extensa série de problemas e captar alguns princípios novos e importantes, referentes à maneira na qual o mundo inanimado se organiza (por exemplo os conceitos de conservação). [...] Entre os 5 e 7 anos, algumas mudanças alteram tudo isso e então, a linguagem e o pensamento se tornam unidos num conjunto bastante poderoso de instrumentos cognitivos”. (BEE, 2011, p. 283).

“As crianças de 2 a 7 anos são as mais vulneráveis aos efeitos, tanto da hospitalização como das experiências dolorosas, pois nesta etapa está em desenvolvimento a estrutura psicoemocional e cognitiva da criança, o que dificulta sua compreensão da realidade; então ela utiliza de fantasias para entendê-la”. (COLLET, 2010, p. 139).

Segundo o enfermeiro chefe da clínica médica pediátrica, no segundo semestre de 2017, foram realizados quarenta e seis (46)¹ procedimentos cirúrgicos. Para contribuir para a elaboração do trabalho, houve a inclusão dos pais e/ou acompanhantes (sendo ao todo 17 acompanhantes) para se obter informações sobre o que o paciente pediátrico já sabia sobre o processo cirúrgico a ser submetido. Essa pesquisa contou com a participação de 17 crianças, sendo 7 na primeira etapa (grupo exploratório) e 10 na segunda (etapa intervenção).

A coleta de dados das duas etapas, foi realizada, por meio de anamnese para aferição de sinais vitais (FC, FR, Temp. e SatO2) e na segunda etapa o uso de um brinquedo terapêutico de confecção própria: um boneco e uma boneca com órgãos que podem ser manuseados pelas crianças a fim de conseguir assimilar a posição anatômica, função e importância dele, tudo de forma clara, simples e lúdica.

Esta ansiedade é subjetiva e difícil de ser mensurada. Por isso a utilização de escalas com critérios definidos e Teste VPT são essenciais para conseguir auxiliar em sua identificação. Alterações de sinais vitais também são indicativos relevantes quando se fala de ansiedade. Isso configura a importância de se estabelecer intervenções, como por exemplo o BT para reduzir sinais de ansiedade.

“A ansiedade traz consigo alterações neurofisiológicas, influenciando na pressão arterial, causando taquicardia, alterando a pulsação e a frequência respiratória. Dessa forma, indivíduos ansiosos sofrem

¹ Dentro desse valor não é possível se conhecer o número de cirurgias envolvendo crianças de 5 a 7 anos. Esse número de 46 cirurgias leva em conta a faixa etária de 0 a 18 anos.

maiores expectativas e podem apresentar variações em seus sinais vitais, exigindo que o profissional os monitore mais rigorosamente. Além da monitorização, intervenções com o propósito de reduzir a ansiedade podem e devem ser aplicadas” (FIRMEZA et. al., 2017, p.2).

Foi feito um boneco do sexo masculino e outro, do sexo feminino (APÊNDICE C). A diferenciação de gênero tem por finalidade, que as crianças se sintam representadas pelos BTs. A criança compara o corpo do boneco com seu corpo, discriminando e nomeando cada parte: joelho, cotovelo, pulso, pescoço e outros (BRASIL, 2006).

Tabela 1- Materiais usados na confecção dos bonecos

Material usado	Quantidade	Função
Papel Panamá 80x100 cm	2 unidades	Plataforma onde estão aderidos os bonecos
Cartolina bege clara 50x66cm	9 unidades	Corpo dos bonecos
Papel para plastificar A4	18 unidades	Plastificar todas as peças que compunham os bonecos
Cola de EVA	1 unidade	Colar os bonecos na plataforma
Fita adesiva dupla face	1 unidade	Colar órgãos e ossos
Fita adesiva transparente 45mm x 45m	1 unidade	Colar as “portinholas” do boneco
Canetinha hidrocor	1 kit com 6 unidades	Desenhar e colorir as peças dos bonecos

Fonte: Elaborada pela autora.

A pesquisa foi realizada em duas etapas:

1ª ETAPA- “exploração”: envolveu uma intervenção com as crianças no pré-operatório com o propósito de identificar as principais dúvidas, medos e

desconhecimentos com relação às cirurgias que iriam ser expostas. Esta etapa, contou com a participação de 7 crianças entre 5 a 7 anos que iriam passar por um processo cirúrgico. A coleta de dados ocorreu à beira leito. Essa primeira fase foi realizada em um mês com início em 25 de março de 2018 e findando em 25 de abril de 2018.

Morgan (1997) define esses “grupos exploração” como uma abordagem de pesquisa que coleta informações por meio de dinâmicas quando se discute um ponto específico definido pelo pesquisador. Esse grupo tem o objetivo de gerar hipóteses, modelos e teorias para obter a produção de novas ideias, necessidades e expectativas, além da descoberta de outros quesitos, para ser aplicado com o público alvo (GONDIM, 2003).

Dessa forma, esta parte da pesquisa tem o objetivo de apurar, extrair ou desvendar as dúvidas e obter conhecimento do que as crianças sabem sobre os procedimentos cirúrgicos. Isso favorece uma educação e um direcionamento específico para aquele público, sem que conteúdos aleatórios e sem importância sejam transmitidos a elas. Raldi et al. (2003) abordam que o profissional deve conhecer a realidade na qual vai atuar e agir de forma criativa para solucionar os problemas.

“A narração, de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em “vasilhas”, em recipientes a serem “enchidos” pelo educador. Quanto mais vá “enchendo” os recipientes com seus “depósitos”, tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente “encher”, tanto melhores educandos serão. [...] Educador e educandos se arquivam na medida em que, nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros”. (FREIRE, 1970, p.33).

“As propostas de mudança na formação do papel dos profissionais da saúde orientadas pelas novas diretrizes curriculares apontam para a formação de profissionais críticos, capazes de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade, buscando formar agentes capazes de desenvolver atenção integral à saúde” (RIBEIRO, 2007, p. 219).

Esta etapa da pesquisa foi realizada da seguinte forma: primeiro foi apresentado aos acompanhantes das crianças o TCLE em duas vias, ficando uma com os responsáveis do paciente e outra com a pesquisadora. Ao mesmo tempo foi explicado a cada criança como se realizaria a intervenção e apresentado o TALE, também disponível em duas vias.

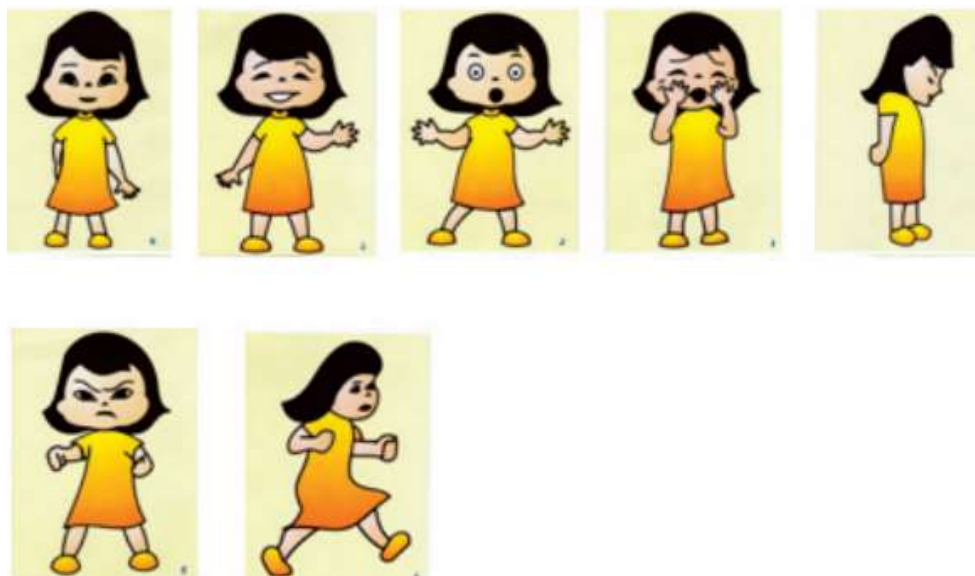
Após o aceite de todo, os acompanhantes das crianças tiveram a oportunidade de responder ao questionário sócio demográfico. Para isso, um roteiro preestabelecido foi aplicado (APÊNDICE E) que buscou obter informações referentes aos dados sócio demográficos e de saúde dos pacientes pediátricos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CAAE: 80402117.1.0000.8093).

Em um terceiro momento foi realizada uma dinâmica com os pacientes infantis. Em um recipiente plástico (“*Tupperware*”) foram colocadas sete indagações, sendo elas: você tem curiosidade/vontade de saber o que você veio fazer aqui?; o que você está sentindo agora?; você sabe o que é cirurgia?; você tem alguma dúvida?; ganhe um desenho para pintar!!!; ganhe um abraço do seu acompanhante!!!; você já conversou com a sua família ou amiguinhos sobre estar no hospital?.

Para se responder à pergunta “o que você está sentindo agora?” foi usado o *Venham Picture Test* (VPT). “Este é considerado o instrumento mais utilizado na literatura científica para avaliar ansiedade de crianças” (GOLÇALVES, et.al., 2010). Ele surgiu os anos 70, sendo uma das primeiras escalas para se analisar a ansiedade especificamente em crianças (ABREU, 2009).

Assim, os sentimentos das crianças eram descritos partir de uma autoanálise apoiando-se nos desenhos. Cada imagem representa um código numerado de 0 a 6. “O código 0 (neutro) representa pouca ansiedade; o código 1 (alegre) representa nenhuma ansiedade, e os códigos 2, 3, 4, 5 e 6 representam presença de ansiedade” (GOÉS, et.al., 2010). As imagens eram explicadas as crianças que deveriam escolher e apontar a que mais se parecia com o sentimento dela.

Figura 2- Teste VPT para meninas



Fonte: GOES et. al., 2010.

Figura 3- Teste VPT para meninas



Fonte: GOES et. al., 2010.

Tabela 2- Códigos e seus respectivos significados

Código	Reação Emocional
0	Neutro (emoção de pouca ansiedade)
1	Alegre (emoção ausente de ansiedade)
2	Medo (emoção de ansiedade)
3	Aflito-choro (emoção de ansiedade)
4	Triste (emoção de ansiedade)
5	Raiva (emoção de ansiedade)
6	Pânico (emoção de ansiedade)

Fonte: elaborada pela autora.

As perguntas eram sorteadas entre a pesquisadora e a criança, para dessa forma, não se consolidar uma entrevista e sim, uma interação que possibilitasse coletar informações sem acuar ou constranger os sujeitos envolvidos. Para Balbinot et. al. (2012), as crianças precisam “aprender, ensinar, brincar, relacionar-se, partilhar, dar e receber afeto”, por isso as crianças foram presenteadas com abraços e desenhos para pintar nesta etapa do estudo.

Esta primeira fase teve uma duração de 20 a 30 minutos. Seus resultados estão descritos detalhadamente posteriormente.

Os dados coletados nesta etapa foram registrados e analisados tendo como referencial a análise de conteúdo de Bardin (2011). A partir dos dados coletados nesta fase, foi construído o roteiro do “diálogo” a ser utilizado com as crianças na etapa seguinte

2ª ETAPA: Foram selecionadas de forma aleatória, porém, seguindo os critérios de inclusão no estudo, crianças internadas em um período de 24 horas (visto que o hospital trabalha com o regime de internação de um dia antes do procedimento cirúrgico) e aguardando para realizar a cirurgia. Esta, teve início dia 14 de agosto de 2018 a 15 de outubro de 2018, que contou com a participação de 10 crianças.

Após a autorização dos pais e o assentimento da criança, foi realizado: primeiro o exame físico, com a coleta de sinais vitais (FC, FR, Temp. e SatO2), segundo a classificação de ansiedade por meio da Escala de Yale modificada para Ansiedade Pré-operatória (*Modified Yale Preoperative Anxiety Scale – mYPAS* na língua portuguesa (Brasil)).

A mYPAS é uma escala “para ser utilizada em crianças no período pré-anestésico imediato e no momento da indução da anestesia” (GUARATINI, 2006). Porém devido à

dinâmica e horários do hospital deste estudo, bem como, a autorização e recomendação do enfermeiro chefe da pediatria, a escala foi empregada no momento da admissão (por volta das 16 horas) e no final do dia (cerca das 20 horas). Ou seja, foi implementada no pré-operatório e não no transoperatório.

Esta escala contém 22 itens, divididos em cinco domínios (atividade, vocalizações, expressão emocional, estado de excitação aparente e uso dos pais), tendo dentro dessas, domínios de um a seis, podendo variar de acordo com a categoria. Para a obtenção da pontuação, cada categoria recebe um valor específico. Ao final, o valor de cada domínio deve ser somado e multiplicado por 20. A pontuação varia de 23 a 100 de acordo com a análise da conduta da criança (WEBER, 2010). De acordo com o autor da escala, para serem consideradas não ansiosas, o score deve estar entre 23,4 a 30. Valores acima de 30 pontos caracterizam a criança como ansiosa (GUARATINI, 2006).

Tabela 3- Escores de cada categoria dos cinco domínios da mYPAS

	Atividade	Vocalização	Domínios Expressão Emocional	Estado de Despertar Aparente	Interação com os Familiars
Nº de categorias	4	6	4	4	4
Escores					
Categoria 1	0,25	0,17	0,25	0,25	0,25
Categoria 2	0,50	0,33	0,50	0,50	0,50
Categoria 3	0,75	0,50	0,75	0,75	0,75
Categoria 4	1,00	0,67	1,00	1,00	1,00
Categoria 5	-	0,83	-	-	-
Categoria 6	-	1,00	-	-	-

Fonte: GUARATINI, 2006

Após a coleta dos SSVV e utilização da escala mYPAS, foi realizada a intervenção educativa, individualmente, com cada criança, usando o brinquedo terapêutico construído para este estudo e após esta intervenção, foram coletados novamente os dados dos SSVV e da escala mYPAS (em torno de quatro horas após a intervenção) como forma de verificar o impacto da intervenção na ansiedade das crianças. No total, foram realizadas duas coletas de dados de cada criança, olhando o aspecto fisiológico do exame físico, com a coleta de sinais vitais (FC, FR, Temp. e SatO2), o teste VPT (que é a auto percepção do estado emocional da criança no presente momento) e a classificação de ansiedade por

meio da Escala de Yale modificada para Ansiedade Pré-operatória (*Modified Yale Preoperative Anxiety Scale – mYPAS* na língua portuguesa (Brasil)).

Esta etapa ocorreu na enfermaria em que a criança se encontrava internada, utilizando, para isso, o recurso disponível já do hospital, para gerar privacidade à família: o biombo. Todas as etapas de coleta de dados deste estudo foram realizadas na enfermaria onde a criança estava internada, com o uso do biombo para gerar maior conforto e privacidade. A intervenção educativa foi uma dramatização entre a estudante de enfermagem (autora deste estudo) e o boneco, simulando uma entrevista entre o profissional de saúde e a “criança” no pré-operatório, e esclarecendo todas as dúvidas do boneco.

Para o boneco do sexo masculino foi atribuído o nome “Pedrinho” e para a boneca do sexo feminino foi atribuído o nome “Ritinha”. Toda a atividade teve a duração mínima de 30 minutos (somando aferição dos sinais vitais, intervenção com o boneco e a aplicação da escala mYPAS).

A coleta de dados teve início no primeiro semestre de 2018, após a aprovação no Comitê de Ética e se encerrou no segundo semestre de 2018. A pesquisa somente teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Para a tabulação dos dados, foram elaborados gráficos (no Excel). Os dados foram analisados com a estatística descritiva. As variáveis analisadas são: frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), Temperatura e SatO₂, teste VPT, respostas mYPAS: Atividade, Verbalização, Expressividade emocional, Estado de excitação aparente, Relacionamento com os pais, que retratam o emocional destacando para a ansiedade da criança no pré-operatório.

A pesquisa, tem como benefício, a possibilidade de incorporar o uso do BT no pré-operatório, que já é reconhecido pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN como competência do enfermeiro, bem como reduzir a ansiedade das crianças além de ampliar seus conhecimentos sobre o procedimento que serão submetidas.

Caso a criança ou a família se sentisse constrangido em algum momento da pesquisa, a pesquisadora buscaria conversar e tranquilizar tanto a criança quanto os familiares, e estes poderiam se recusar continuar na participação na pesquisa, sem qualquer inconveniente para a pesquisa. A pesquisadora orientou os pais e utilizou linguagem apropriada para as crianças, de forma que compreendam o que iria ocorrer e foram esclarecidas todas as dúvidas, utilizando a escuta qualificada e sensível.

Os participantes tiveram a sua identidade preservada, respeitadas e atendidas as recomendações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que estabelece as diretrizes para pesquisas com seres humanos.

Tabela 4- Resumo das etapas da pesquisa

Etapas da pesquisa	Sub-etapas da pesquisa	Qual público
Etapa 1- “exploratória”	I) TCLE e TALE	Acompanhantes e crianças
	II) Entrevista com os dados sociodemográficos e de saúde dos pacientes pediátricos	Acompanhantes
	III) Coleta dos Sinais Vitais: FC, FR, SatO2 e Temp.	Crianças
	IV) Dinâmica (Teste VPT)	Crianças
	V) Coleta dos Sinais Vitais: FC, FR, SatO2 e Temp.	Crianças
Etapa 2 - intervenção	I) TCLE e TALE	Acompanhantes e crianças
	II) Entrevista com os dados sociodemográficos e de saúde dos pacientes pediátricos	Acompanhantes
	III) Teste VTP	Crianças
	IV) Coleta dos Sinais Vitais: FC, FR, SatO2 e Temp.	Crianças
	V) Escala mYPAS	Crianças
	VI) Intervenção com o BT	Crianças

VII)	Coleta dos Sinais Vitais: FC, FR, SatO2 e Temp.	Crianças
VIII)	Escala mYPAS	Crianças
IX)	Teste VPT	Crianças

Fonte: Elaborada pela autora.

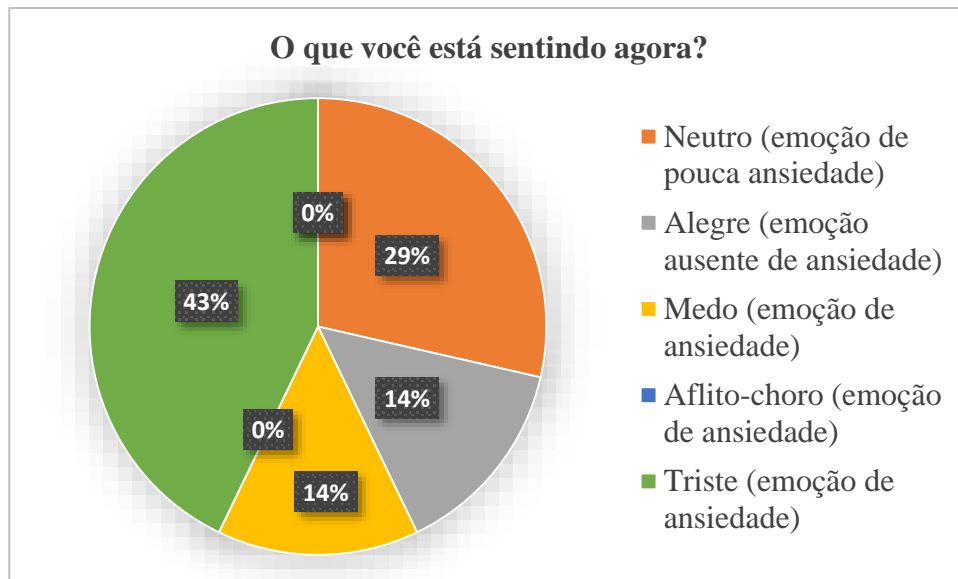
RESULTADO E DISCUSSÃO

A primeira fase da pesquisa que foi nominada neste estudo de “fase exploratória” contou com a participação de 7 crianças, com idade entre 5 e 7 anos, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Ocorreu no primeiro semestre de 2018, no mês de março.

Do total da amostra de 7 crianças, seis eram do sexo masculino e uma do sexo feminino, ou seja, 86,6% eram meninos. Com relação à faixa etária, apenas 29% (n= 2) das crianças tinham 5 anos e 71% (n= 5) possuíam 6 anos. Com relação ao tipo cirurgia que iriam ser submetidas, 43% (n= 3) eram de cirurgias de cabeça e pescoço e 57% (n= 4) eram cirurgias genitais. Na tabela 4 encontra-se descrito o perfil dos pacientes internados na pediatria no pré-operatório.

Com relação à ansiedade pré-operatória, seis pacientes demonstraram diferentes graus de ansiedade, três crianças relataram estar tristes (emoção de ansiedade) e dois estavam neutros (emoção de pouca ansiedade) e um relatou medo (emoção de ansiedade) de acordo com o teste VPT. Apenas uma criança relatou estar alegre (emoção de ausência de ansiedade). Em resumo, cerca de 86% (n= 6) demonstraram-se ansiosos.

Gráfico 1- Percentual de crianças ansiosas no pré-operatório



Classificação de acordo com os critérios do Teste VPT.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na entrevista preliminar com os pais das crianças no pré-operatório, foi possível coletar outras informações relevantes para subsidiar a elaboração do brinquedo terapêutico, que está descrita em seguida. Todos os nomes abordados abaixo são fictícios para preservar a identidade dos pacientes.

De acordo com o pai do João (6 anos), este mostrava-se bastante ansioso e o próprio João confirmou esta informação. Não foi relatado pelo acompanhante episódios de choro, mesmo a criança indicando o sentimento de tristeza ao responder à pergunta “o que você está sentindo agora?”. Durante esta entrevista, o pai relatou, que a criança não apresentou isolamento social, pelo contrário, ficou mais próximo dos pais e amigos.

Na entrevista com a criança Kaio (5 anos), esta respondeu que estava triste quando foi indagada sobre “o que você está sentindo agora?”. Além disso, mostrou estar muito curioso e questionador, buscando compreender a que procedimentos ele iria ser submetido. Ele relatou que não contou para os amigos sobre a internação, mas conversou com o primo. O menino afirmou que contar para o primo o deixou mais alegre.

Lucas (6 anos) foi o único paciente que já foi submetido a uma cirurgia anterior (colecistectomia) aos três anos. A primeira experiência cirúrgica, os pais não contaram para o filho sobre o procedimento e relataram ter percebido a criança agitada, ansiosa e assustada na época. A mãe afirmou que ele chegou a chorar. Para o procedimento atual,

os pais optaram por informar para o filho sobre a cirurgia e perceberam que a criança estava mais calma com relação à internação e o procedimento cirúrgico que seria submetido. Ao responder à pergunta “o que você está sentindo agora?”, o menino respondeu que estava com medo.

A paciente Larissa (6 anos) se mostrou empolgada e feliz o tempo todo, informações que foram confirmadas com a coleta de dados. Ela disse gostar de fazer amigos e que no hospital teria essa oportunidade, por isso, se disse alegre ao responder à pergunta “o que você está sentindo agora?”. O fato da mãe desta criança ser profissional da área da saúde, pode ter influenciado no comportamento calmo e alegre desta criança.

Nicolas (6 anos) foi o paciente mais informado sobre a internação e procedimento cirúrgico ao qual seria submetido, em comparação com as demais crianças entrevistadas. O pai desta criança relatou que conversou com o filho de forma clara e direta sobre a cirurgia, e nesta conversa, o menino foi demonstrando mais interesse e curiosidade sobre a internação e cirurgia. Este relatou ser “destemido” e ao responder à pergunta “o que você está sentindo agora?”, optou pela opção “neutro”.

Ricardo (5 anos) ao responder à pergunta “o que você está sentindo agora?” disse estar triste pela internação. A mãe relatou que a criança contou para os amigos da escola sobre a cirurgia e percebeu o filho mais calmo quando ele conversava com os colegas ou familiares sobre a internação.

Tiago (6 anos) disse estar um pouco confuso e curioso, além de não estar sentindo medo. Ao responder à pergunta “o que você está sentindo agora?” ele escolheu a opção “neutro”. A mãe relatou que percebeu o filho mais ansioso, e que ele passou a comer mais desde que soube da cirurgia.

Tabela 5- Perfil das crianças que participaram da etapa I (grupo exploratório)

Nome da criança	Sexo	Idade (anos)	Nome da cirurgia	SSVV antes da entrevista	SSVV após a entrevista
João	Masculino	6	Orquidopexia à E	FC: 95 bpm	FC: 89 bpm
				FR: 22 irpm	FR: 18 irpm
				Temp.: 36,6	Temp.: 36,6
				SatO2: 98%	SatO2:99%
Kaio	Masculino	5		FC:111 bpm	FC: 92 bpm
				FR: 18 irpm	FR: 18 irpm

			Amigdalectomia e adenoidectomia	Temp.: 36,8 SatO2: 98%	Temp.: 36,5 SatO2: 98%
Lucas	Masculino	6	Ressecção de cisco tireoglosso	FC:114 bpm FR: 19 irmp Temp.: 37,1 SatO2: 96%	FC: 72 bpm FR: 18 irmp Temp.: 37,3 SatO2: 98%
Larissa	Feminino	6	Amigdalectomia e adenoidectomia	FC: 100bpm FR: 18 irpm Temp.: 36,5 SatO2: 97%	FC: 96 bpm FR: 18 irpm Temp.: 36,5 SatO2: 99%
Nicolas	Masculino	6	Exérese de cisto peniano e frenulectomia peniana	FC: 76 bpm FR: 21 irpm Temp.: 35,9 SatO2: 97%	FC: 75 bpm FR: 18 irpm Temp.: 36,0 SatO2: 98%
Ricardo	Masculino	5	Herniorrafia inguinal a D	FC:117 bpm FR: 18 irpm Temp.: 36,2 SatO2: 99%	FC:108bpm FR: 20 irpm Temp.: 36,1 SatO2: 99%
Tiago	Masculino	6	Correção Hidrocele à D	FC: 79 bpm FR: 18 irmp Temp.: 36,7 SatO2: 98%	FC: 75 bpm FR: 22 irpm Temp.: 36,7 SatO2: 98%

Legenda: FC: frequência cardíaca. FR: frequência respiratória. Temp.: temperatura.
SatO2: saturação de oxigênio.

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com a tabela 5, percebe-se que todas as crianças apresentaram redução de alguns parâmetros dos sinais vitais após a entrevista. A frequência cardíaca foi o parâmetro que mais evidenciou esta alteração.

Todos os acompanhantes das crianças entrevistadas relataram que não fizeram uso de nenhum método lúdico (brinquedo, brincadeira, desenho, conto de fadas, fantoches e outros) para informar à criança sobre a cirurgia. O pai de Nicolas disse ter usado uma vez bonecos para ensinar ao filho a tomar banho. Mesmo não tendo utilizado o método lúdico

de comunicação, seis acompanhantes revelaram que acham válido o uso de brinquedos terapêuticos (BTs). Apenas a mãe de uma das crianças entrevistadas disse que não saberia ao certo se o BT era válido ou não, mas que achava importante tentar o seu uso.

As dúvidas mais frequentes apontadas pelas crianças entrevistadas foram sobre o ambiente onde seria realizado a cirurgia, local da cirurgia, como seria a cirurgia propriamente dita, se haveria o uso ou não de agulha e se sentiriam dor, além do questionamento se os pais estariam presentes no momento da cirurgia.

A segunda etapa da pesquisa, denominada “etapa intervenção” com o brinquedo terapêutico (BT) levou em consideração as dúvidas que foram relatadas por estas crianças. A tabela abaixo mostra o resultado dos três instrumentos usados para avaliar a ansiedade pré-operatória: sinais vitais, escala mYPAS e teste VPT de outras crianças.

Tabela 6 - Perfil das crianças que participaram da etapa 2

Nome da criança, idade, sexo e nome da cirurgia	Dados antes da intervenção com o BT			Dados após a intervenção com o BT		
	SSVV	mYPAS	VPT	SSVV	mYPAS	VPT
Jonas, 5 anos, sexo masculino, hidrocelectomia à D	FC: 75 bpm FR: 16 irmp Temp.: 36,0 SatO2: 95%	28,4 = sem ansiedade	Medo (2) emoção de ansiedade	FC: 79 bpm FR: 18 irmp Temp.: 36,5 SatO2: 96%	23,4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade
Lino, 7 anos, sexo masculino, orquidopexia à D	FC: 99 bpm FR: 16 irmp Temp.: 35,8 SatO2: 96%	43,4 = com ansiedade	Pânico (6) emoção de ansiedade	FC: 81 bpm FR: 15 irmp Temp.: 36,0 SatO2: 98%	23,4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade
Paulo, 5 anos, sexo masculino, Herniorrafia inguinal a D e orquidopexia à D	FC: 112 bpm FR: 31 irmp Temp.: 37,1 SatO2: 96%	28,4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção sem ansiedade	FC: 94 bpm FR: 17 irmp Temp.: 36,7 SatO2: 98%	23,4 = sem ansiedade	Neutro (0) emoção de pouca ansiedade

Tobias, 7 anos, sexo masculino, A+A	FC: 119 bpm FR: 18 irmp Temp.: 35,9 SatO2: 98%	28,4 = sem ansiedade	Medo (2) emoção de ansiedade	FC: 88 bpm FR: 16 irmp Temp.: 36,0 SatO2: 97%	23,4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade
Hélio, 6 anos, sexo masculino, A+A	FC: 77 bpm FR: 30 irmp Temp.: 36,3 SatO2: 95%	23,4 = sem ansiedade	Neutro (0) emoção de pouca ansiedade	FC: 72 bpm FR: 22 irmp Temp.: 36,0 SatO2: 97%	23,4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade
Helena, 5 anos, sexo feminino, A+A	FC: 121 bpm FR: 32 irmp Temp.: 35,8 SatO2: 98%	23,4 = sem ansiedade	Medo (2) emoção de ansiedade	FC: 99 bpm FR: 27 irmp Temp.: 36,1 SatO2: 99%	23,4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade
Rafael, 5 anos, sexo masculino, amidelectomia	FC: 109 bpm FR: 27 irmp Temp.: 35,5 SatO2: 99%	28, 4 = sem ansiedade	Neutro (0) emoção de pouca ansiedade	Não se aplica*	Não se aplica*	Não se aplica*
Kamila, 5 anos, sexo feminino, A+A	FC: 119 bpm FR: 29 irmp Temp.: 36,4 SatO2: 94%	41,6 = com ansiedade	Triste (4) emoção de ansiedade	FC: 95 bpm FR: 25 irmp Temp.: 36,5 SatO2: 95%	36, 6 = com ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade
Hugo, 5 anos, sexo masculino, hérnia inguinal à D	FC: 116 bpm FR: 31 irmp Temp.: 35,5 SatO2: 96%	28, 4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade	FC: 82 bpm FR: 29 irmp Temp.: 35,7 SatO2: 97%	28, 4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade
Fernando, 7 anos, sexo masculino, fimose	FC: 117 bpm FR: 33 irmp Temp.: 35,9 SatO2: 94%	51,6 = com ansiedade	Triste (4) emoção de ansiedade	FC: 75 bpm FR: 27 irmp Temp.: 36,2 SatO2: 99%	28, 4 = sem ansiedade	Alegre (1) emoção ausente de ansiedade

*Paciente encontrava-se dormindo no momento da coleta de dados

Legenda: SSVV: sinais vitais. FC: frequência cardíaca. FR: frequência respiratória. Temp.: temperatura. SatO2: saturação de oxigênio.

O paciente Rafael foi removido da amostra final, uma vez que não foi possível coletar os dados pós intervenção criança estava dormindo. Assim, a análise final contou com a participação de 9 crianças internadas no pré-operatório. Para facilitar a interpretação dos dados, divide-se os dados coletados em três grupos: SSVV, escala mYPAS e teste VPT. Em seguida, discorre-se sobre os dados que foram coletados com as crianças:

Sub-etapas IV e VII - Sinais Vitais (SSVV)

Os sinais vitais das nove crianças foram analisados antes e após a intervenção com o BT. Cerca de 88,89% (n= 8) dos pacientes tiveram redução dos SSVV depois do uso do brinquedo terapêutico, apenas 11,11% (o que representa somente uma criança) teve aumento da frequência cardíaca após intervenção. De acordo com a Ministério da Saúde (2012), a frequência cardíaca em escolares entre 6 e 7 anos varia entre 75 a 115 bpm, portanto, 55,56% (n= 5) das crianças encontrava-se taquicárdica antes da intervenção, o que indica sinal de ansiedade em mais da metade dos pacientes. Dos quatro pacientes que estavam com a FC dentro da normalidade antes da intervenção, dois apresentaram valores próximos ao limite, sendo 109 bpm e 112 bpm. Assim, pode-se dizer que apenas duas crianças tiveram batimentos cardíacos dentro da normalidade.

Sobre a frequência respiratória, para um paciente de 6 a 8 anos, é considerado eupnéico se obter no máximo 30 irpm em vigília (BRASIL, 2012). Em torno de 66,67% (n= 6) das crianças estava taquipnéica antes da intervenção, porém 88,89% (n= 8) tiveram redução da FR, sendo somente uma que apresentou uma frequência respiratória maior após a intervenção. Crianças ansiosas tem dificuldade de relaxar e apresentam sinais de hiperatividade como por exemplo, taquipnéia (CASTILLO, 2000). Após a intervenção, apenas um paciente teve a FR maior que antes do uso do BT.

De acordo com Wilson (2015) a saturação de oxigênio deve ser mantida maior que 95%. Todas as crianças que participaram deste estudo estavam com a SatO2 dentro dos parâmetros. Porém, 88,89% (n= 8) das crianças tiveram uma SatO2 mais próxima de 100% após a intervenção proposta. Fator, este, que pode ser associado com a melhora também da FR.

A febre é caracterizada por uma temperatura maior ou igual a 37,8°C (SILVA, et.al, 2012). Neste estudo todos os participantes estavam apiréticos (sem febre) no pré e pós intervenção.

Portanto, a análise dos sinais vitais permite dizer que antes da intervenção as crianças estavam ansiosas, sendo que mais da metade apresentou taquicardia e taquipnéia. Os SSVV, após a intervenção, mostraram um quadro de melhora clínica na FC e FR dos pacientes, uma vez que pode caracterizar diminuição da ansiedade e melhor compreensão da cirurgia que iriam ser submetidos.

Sub-etapas V e VIII- Escala mYPAS

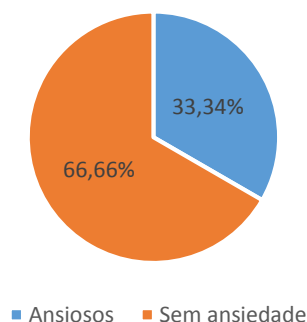
Com relação a escala mYPAS, cerca de 33,34% (n= 3) dos pacientes se mostraram ansiosos antes da intervenção do BT. Dos que não estavam ansiosos antes da intervenção, 66,66% (n= 6), três pacientes apresentaram redução no score da escala após o uso do brinquedo. Vale ressaltar que valores acima de 30 caracterizam o quadro de ansiedade.

A criança Kamila, de acordo com a escala, estava ansiosa antes e após o uso do brinquedo, recebendo uma pontuação de 41,6 e 36,6 respectivamente. Porém, a mãe da criança afirmou que ela é tímida. Portanto, a criança obteve scores altos nos quesitos atividade (não explora nem brinca, pode olhar para baixo), vocalização (responde somente abanando a cabeça), estado de excitação aparente (volta o rosto para o adulto, no caso, a mãe) e relação com os pais (contata os pais). Isso fez com que seu score final pós intervenção continuasse acima de 30 pontos, a caracterizando ainda, como ansiosa. Desta forma, entendeu-se que a timidez pode ser um fator que interfira na usabilidade desta escala.

De forma geral, pode-se dizer que com relação à escala, apenas 33,3% (n= 3) estavam ansiosos antes da intervenção, mas que dos 9 pacientes, 7 apresentaram redução no score final usando esta escala. Após a intervenção, 8 pacientes não estavam mais ansiosos de acordo com os parâmetros avaliados na mYPAS. Assim, a escala mostrou que a maior parte dos pacientes não estavam ansiosos antes do uso do BT.

Gráfico 2- análise de ansiedade segundo a escala mYPAS

Pacientes ansiosos ou não de acordo com a escala mYPAS

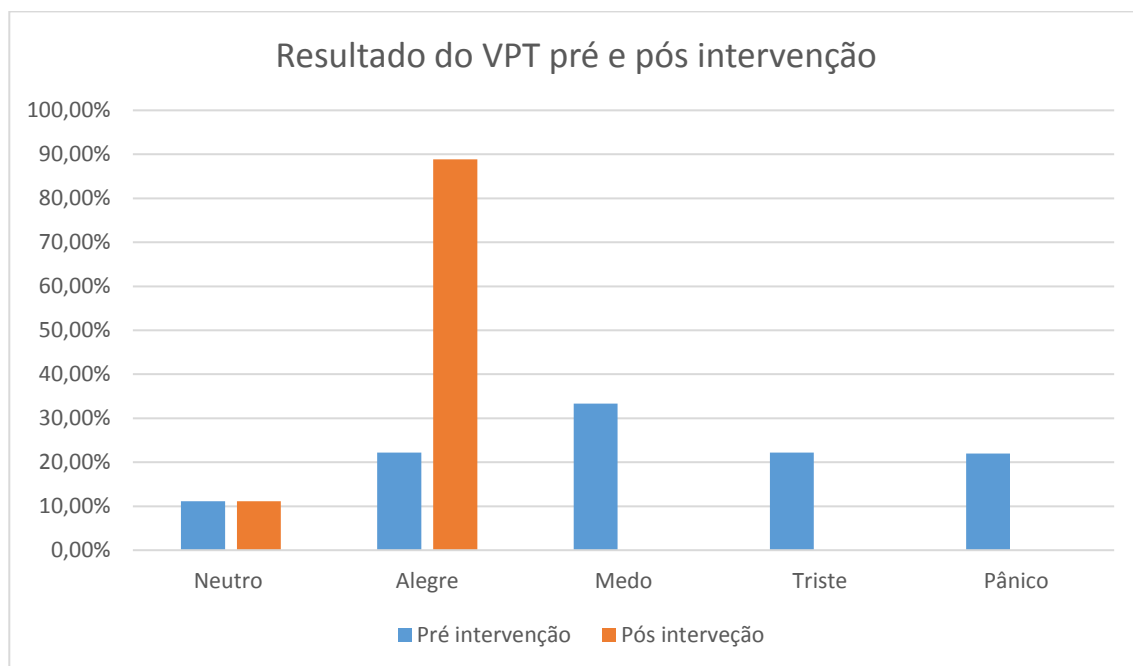


Fonte: Elaborado pela autora

Sub-etapas III e IX- Teste VPT

O VPT foi o único parâmetro voltado para a auto percepção da criança sobre o seu estado emocional. Foi permitida a liberdade da criança se expressar frente ao sentimento de ansiedade antes da intervenção cirúrgica. O gráfico a seguir mostra o resultado diante deste teste.

Gráfico 3- valores do teste VPT antes e após a intervenção com o BT



Fonte: Elaborado pela autora

Quando se divide as emoções “sem ansiedade” e “com ansiedade”, 77,77% (n= 7) das crianças apresentavam-se ansiosas antes da intervenção, sendo a maior parte delas com medo e tristeza (ambas emoções de ansiedade) e uma pequena parcela se percebeu como neutra (emoção de pouca ansiedade). Após o uso do BT, 88,88% (n= 8) perceberam-se com emoção ausente de ansiedade (alegre), apenas uma criança se caracterizou como neutra.

Portanto, antes do brinquedo terapêutico, a maior parte dos pacientes se consideram ansiosos por meio do VPT. O uso da intervenção com BT fez com que 88,88% (n= 8) se considerasse sem ansiedade, apresentado emoção de “alegria”.

Análise final da ansiedade pré-operatória

Dos três métodos usados para avaliar ansiedade pré e pós intervenção (SSVV, escala mYPAS e Teste VPT) dois indicaram ansiedade antes do uso do BT, sendo eles SSVV e escala VPT. A escala de mYPAS indicou que apenas 33,33% (n= 3) estavam ansiosos antes do uso do brinquedo terapêutico.

Desta forma, conclui-se que a ansiedade pré-operatória em pediatria é um componente presente que pode ser aliviado ou eliminado, se forem aplicadas medidas de intervenção, como por exemplo, o BT. Além do uso de instrumentos, escalas e parâmetros, é importante também levar em consideração a percepção individual das crianças para intervir de forma eficaz e correta.

A escala mYPAS foi elaborada para ser utilizada no momento transoperatório (antes da indução anestésica). Neste estudo, devido à limitação da estrutura e rotina do hospital, não foi possível aplicá-la na fase transoperatória e por isso foi utilizada no pré-operatório. Talvez esta mudança do momento de sua utilização tenha contribuído para dados menores do que os sinais vitais (SSVV) e a auto percepção da ansiedade pelas crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade pré-operatória na pediatria, mais especificamente entre crianças de 5 a 7 anos, é um fator real e presente. Esta ansiedade, muitas vezes, pode ser relacionada a dúvidas existentes quanto aos procedimentos cirúrgicos que os pacientes serão

submetidos. Portanto, é importante não só os acompanhantes terem o conhecimento do processo, mas sim, as crianças também.

O brinquedo terapêutico é considerado uma tecnologia leve em saúde, que pode ser usado para exemplificar a cirurgia, aumentando o conhecimento da criança acerca do tema. Dessa forma, mais conhecimento e informações, reduz e até extingue a ansiedade no período pré-operatório. Além de usar o BT como ferramenta de conhecimento é importante estimular a verbalização e ouvir o que as crianças desconhecem ou temem no processo cirúrgico, tornando assim, a assistência de enfermagem mais holística e eficiente.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do estudo: O uso de tecnologias leves no pré-operatório de cirurgias pediátricas.

Pesquisadora: Taís Coelho Stacciarini

Professora Orientadora/Pesquisadora responsável: Casandra G.R.M. Ponce de Leon

Instituição/Departamento: Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Telefone para contato com o pesquisador: (61) 98300 – 6088 ou (61) 9.9196.6557

Convidamos o(a) filho(a) do(a) Sr(a) para participar da pesquisa “O uso de tecnologias leves no pré-operatório de cirurgias pediátricas”, que tem como objetivo avaliar a eficácia de um brinquedo terapêutico (boneco e boneca) para redução de medo e ansiedade e aumentar o entendimento da criança sobre o procedimento o qual ela será submetida. Este estudo tem muita importância para a promoção da saúde do(a) seu (sua) filho(a). O(a) Sr(a) não terá gastos com a pesquisa. A conversa e intervenção terapêutica que faremos com o(a) Sr(a) e com a criança, terá a duração de aproximadamente 30 minutos. Se o(a) Sr(a) aceitar participar e autorizar a criança, deverá assinar este termo e ficará com uma cópia, caso precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa, sem que o(a) Sr(a) sofra qualquer prejuízo por parte do pesquisador ou da instituição, deixamos acima o número de telefone para contato.

Sua participação é voluntária e o nome do(a) Sr(a) e dos outros participantes desse estudo serão mantidos em segredo e não aparecerão ao final da pesquisa, pois não se espera causar desconforto ou riscos aos participantes da pesquisa. Nesta pesquisa o(a) Sr(a) estará contribuindo com informações importantes sobre a saúde para um melhor acompanhamento pelos profissionais que trabalham nessa instituição (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, dentre outros). Será realizada uma entrevista para colher dados sociodemográficos e relacionados à saúde da criança, como frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), Temperatura (Temp.) e Saturação de oxigênio (SatO2). A entrevista será realizada pela aluna de graduação em enfermagem devidamente treinada sob a supervisão de uma enfermeira, professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB).

Esta pesquisa **tem como benefício**, a possibilidade de incorporar o uso do Brinquedo Terapêutico no momento do pré-operatório, bem como reduzir a ansiedade das crianças e de ampliar seus conhecimentos sobre o procedimento que serão submetidas.

Tem como possíveis Riscos: no decorrer da pesquisa a criança poderá apresentar sensação de ansiedade maior do que o normal para a circunstância, nesse momento será suspensa a atividade com mudança no foco, e comunicação sensível e efetiva a fim de manter a criança calma e estabilizada. Caso se perceba que a intervenção com o Brinquedo Terapêutico esteja causando algum desconforto emocional ou fisiológico, as pesquisadoras irão providenciar a melhora na resposta da criança e família ao que estão vivenciando no presente momento.

Caso a criança ou o sr (a) se sintam constrangidos em algum momento da pesquisa, as pesquisadoras buscarão conversar e tranquilizar tanto a criança quanto todos os familiares, e vocês poderão desistir de participar na pesquisa, sem qualquer inconveniente para o sr (a) ou seu filho (a).

Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no telefone acima. Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa,

entre em contato: Universidade de Brasília – UNB, Faculdade de Ceilândia, Campus de Ceilândia, Brasília – DF. CEP 72220-275. Coordenação de Enfermagem, telefone: (61) 3107-84417.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Brasília, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do representante legal/Acompanhante

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

Olá criança, nós somos pesquisadoras da Universidade de Brasília.

Eu sou a Casandra Ponce de Leon



Eu sou a Taís Stacciarini



Gostaríamos de te convidar para participar de uma pesquisa. Vai ser assim:



Se quiser, pode me ligar, para tirar as dúvidas, suas os dos papais.



E só ligar a qualquer hora: (61) 9 9196.6557 – Casandra Ponce de Leon
Ou no Comitê de Ética: (61) 3376.0437

Se aceitar participar, marque aqui seu polegar direito:

Nome da criança

APENDICE D: Imagens dos bonecos usados na intervenção









APÊNDICE E – Roteiro de Pesquisa

1) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (com os pais)

Nome da criança: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: F () M ()

Endereço: _____

Telefone Residencial: _____ Celular: _____

Nº de filhos dos pais da criança: ____ Quantas pessoas moram no mesmo domicílio: ____

Possui Cuidador: Sim () Não (). Se sim, formal () informal ().

Grau de parentesco com a criança: _____

Condições de moradia: Área urbana () Rural () Casa () Apartamento () Com saneamento básico () Sem saneamento básico ()

A criança estuda? Sim () Não (). Se sim, informar série: _____

2) DADOS RELACIONADOS À SAÚDE DA CRIANÇA (com os pais)

A criança será submetida a qual cirurgia? _____

Ela já passou por outros procedimentos cirúrgicos? Sim () Não (). Se sim, qual? _____

Apresenta alguma doença de base (diabetes/ hipertensão/câncer ou outros? Sim ()

Não (). Se sim, qual? _____

Os pais informaram para a criança sobre a cirurgia atual? Sim () Não ().

Se sim, foi usado algum método lúdico? Brinquedo () Brincadeira () Desenho () Conto de Fadas () Fantoches () Nenhum () Outros () _____

A criança entendeu sobre sua cirurgia? Sim () Não ()

Os pais acham válido a criança saber sobre a cirurgia a ser submetida? Sim () Não ().

Porque? _____

Os pais acham válidos o uso de brinquedos terapêuticos para a criança compreender a cirurgia? Sim () Não ()

Qual foi a reação da criança diante da necessidade cirúrgica? _____

Houve alteração de: Sono () Alimentação () Desejo por lazer () Aumento da dor () Medo () Ansiedade () Isolamento social () Aumento/Diminuição das eliminações intestinais e vesicais ()

3) SINAIS VITAIS ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO EDUCATIVA (com o Brinquedo Terapêutico junto à criança)

ANTES: FC: _____ FR: _____ Temp.: _____ SatO2: _____

DEPOIS: FC: _____ FR: _____ Temp.: _____ SatO2: _____

4) ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANISEDADE ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM O BT (com a criança)

ESCALA mYPAS (PORTUGUES DO BRASIL)

A. Atividade	ITEM
1. Olhando de um lado para o outro, curioso, brinca com os brinquedos, lê (ou outros comportamentos apropriados à sua idade); movimenta-se à volta da sala de espera ou de tratamento para alcançar brinquedos ou para ir até aos seus pais; pode ir até à equipe da sala de operações. Sopra através da máscara facial seguindo as indicações (0,25).	
2. Não explora nem brinca, pode olhar para baixo, move inquietamente as suas mãos ou chupa o polegar (ou uma manta); pode sentar-se junto dos seus pais enquanto espera, ou o seu brinquedo tem um carácter definitivamente maníaco (0,50).	
3. Passa os brinquedos aos seus pais de maneira descentrada (dispersa); movimento não derivado da atividade; jogos ou movimentos frenéticos / enlouquecidos; contorce-se, movendo-se na maca; pode arrancar a máscara ou agarrar-se aos seus pais (0,75).	
4. Tenta escapar-se ativamente, empurra com os pés e os braços, pode mover todo o corpo; na sala de espera, corre à volta descentrado, sem olhar para os brinquedos, não se separa dos seus pais e agarra-se a eles desesperado (1,00).	
B. Vocalização	ITEM

1. Faz perguntas, emite comentários, balbuceia, ri, responde com facilidade às perguntas, mas também pode estar silencioso; criança demasiado pequena para falar em situações sociais ou demasiado abstraido para brincar ou soprar para responder (0,17).	
2. Responde aos adultos com sussurros “fala de bebê” ou somente abanando a cabeça. Palavreado infantil (não adequado para a idade) (0,33).	
3. Calado, não faz ruído e não responde aos adultos (0,50).	
4. Soluça, geme, queixoso ou chora silenciosamente (0,67).	
5. Chora ou pede gritar “não” (0,83).	
6. Chora, grita alto, de maneira prolongada (e audível através da máscara facial) (1,00).	
C. Expressão emocional	ITEM
1. Manifestamente feliz, sorrindo, ou concentrado no brinquedo (0,25).	
2. Neutro, sem expressão visível na cara (0,50).	
3. Desde preocupado (triste) até assustado, triste, preocupado, ou com os olhos chorosos (0,75).	
4. Angustiado, chorando, muito alterado, pode ter os olhos muito abertos (1,00).	
D. Estado de Excitação aparente	ITEM
1. Alerta, olha à sua volta ocasionalmente, nota ou olha o que o anestesista faz (poderia estar relaxado) (0,25).	
2. Retraído, sentado tranquilo, deitado. Pode chupar o polegar (dedo) ou voltar a cara para o adulto (0,50).	
3. Atento, olha rapidamente à sua volta, assusta-se com os sons, os olhos muito abertos e o corpo tenso (0,75).	
4. Chorando com medo, assustado, empurra os adultos para longe ou rejeita-os (1,00).	
E. Relação com os pais	ITEM
1. Criança brincando, sentado ou ocupado em atividades próprias para a sua idade. Não precisa dos pais. Pode interagir com eles se estes tiverem a iniciativa (0,25).	
2. Contata com os pais (aproxima-se dos pais e fala aos pais calados até esse momento) busca e aceita consolo, pode apoiar-se nos pais (0,50).	

3.Olha para os pais sem fazer barulho, aparentemente observa/monitora os movimentos, não busca contato nem consolo, mas aceita-o se lhe oferecerem ou não se separa dos pais (0,75).	
4. Mantem os pais à distância ou afasta-se dos pais rapidamente, pode empurrar os pais ou desesperadamente agarrar-se a eles para impedir que eles se afastem (1,00).	

OBS: todos os scores devem ser somados e multiplicado por 20.

Ponto de corte: Sem ansiedade: 23,4 a 30; com ansiedade: maior que 30.

REFERÊNCIAS

- BALBINOT, D.M.P. *et. al.* **O afeto, as crianças e as transformações na escola.** Unoesc & Ciência – ACHS, Joaçaba, p. 57-68, dez. 2012
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70, 2011.
- BEE, H; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento.** 12.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BRASIL, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. **Brincar para todos.** Brasília, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica- saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Ministério da Saúde- Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, dez. 2012.
- CASTILLO, A. R. *et. al.* **Transtornos de ansiedade.** **Rev. Bras. Psiquiatr.** Vol 22, s2. São Paulo, 2000.
- COFEN. Resolução nº 295, de 24 de outubro de 2004. **Dispõe sobre a utilização de técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada [Internet].** Rio de Janeiro; 2004 [citado 2017 set.]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2952004_4331.html>.
- COLLET, N.; OLEIRA, B.R.G; VIRIRS, C.S. **Manual de enfermagem em pediatria.** 2. Ed., revista, atualizada e ampliada. Goiânia: Ab editora, 2010.
- CORONEL, M.K. Cirurgia pediátrica: benefícios do acompanhamento psicológico. **Rev. Perspectiva**, Erechim. v.35, n.132, p.81-92, dezembro/2011.
- CRISTO, L.M.O; ARAUJO, T.C.C.F. Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1. Campo Grande, jan./jun. 2013, p. 59-68.
- FEIJÓ, M.K.; ÁVILA, C.W.; SOUZA, E.M.; JAARSMA, T.; RABELO, E.R. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2012;20(5):988-96.

FIRMEZA, M.A.; RODRIGUES, A.B.; MELO, A.B; AGUIAR, M.I.F; CUNHA, G.H.; OLIVEIRA, P.P, et.al. Control of anxiety through music in a head and neck outpatient clinic: a randomized clinical trial. **Rev Esc Enferm USP**. 2017;51:e03201.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17^a. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

GABARRA, L.M; CREPALDI, M.A. A comunicação médico-paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 65, p. 209-218, abr./jun. 2011.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Bahia, 2003,12(24), 149-161.

GOÉS, M. P. S; et al. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 9 (1) 39-44, jan./mar., 2010.

GONÇALVES, K. B. GRADVOHL, M. P. B. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. **RBPS**, Fortaleza, 23(4): 358-367, out./dez., 2010

GUARATINI, A. A; ET. AL. Estudo transversal de ansiedade pré-operatória em crianças: utilização da escala de Yale modificada. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, vol.56 no.6 Campinas Nov./Dec. 2006

KOHLSDORF, M. COSTA JUNIOR, A.L. Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. **Estudos de Psicologia**. Campinas, 2013.

LEITE, Á.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

MARTINS, B.M; ARAUJO, T.C.C.F. Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. **Psicol. Argum.** Brasília, 2008 abr./jun., 26(53), 109-116.

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MININEL, V.A.; FELLI, V.E.A.; LOISEL, P.; MARZIALE, M.H.P. Cross-cultural adaptation of the Disability Diagnosis Interview (WoDDI) for the Brazilian context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2012;20(1):27-34.

PALADINO, C.M; CARVALHO, R.; ALMEIDA, F.A. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(3):423-9.

PINTO, LÍlian. **Comunicação Pediátrica, paciente e acompanhante: uma análise comparativa entre níveis assistenciais**. 2010. Tese (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

RABELO, E.R.; MANTOVANI, V.M.; ALITI, G.B.; DOMINGUES, F.B. Cross-cultural adaptation and validation of a disease knowledge and self-care questionnaire for a Brazilian sample of heart failure patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2011;19(2):277-84.

RALDI, D.P.; MALHEIROS, C.F.; FRÓIS, I.M; LAGE, J.L. O papel do professor no contexto educacional sob o ponto de vista dos alunos. **Rev. ABENO** 2003; 3(1): 15-23.

RIBEIRO, D.M; RAUEN, M.S; PRADO, M.L. O uso da metodologia problematizadora no ensino em odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, 2007 maio-ago; 19(2):217-21

ROCHA P.K., PRADO, M.L. Violência infantil e brinquedo terapêutico. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 set;27(3):463-71.

SCHARDOSIM, J.M.; RUSCHEL, L.M.; MOTTA, G.C.P.; CUNHA, M.L.C. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, set.-out. 2014;22(5):834-41.

SILVA, D.C; ALVIM, N.A.T. FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, D.A. *et. al.* **O paciente está com febre?** 2012. Tese (trabalho acadêmico). Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

SILVA, R. C. G. Vítor: o mais novo amigo da nossa turminha. **Revista Criança do Professor de Educação Infantil**, n. 36, p. 30-31, Brasília, jun. 2002.

WEBER, F.S. The influence of playful activities on children's anxiety during the preoperative period at the outpatient surgical center. **J Pediatr** (Rio J). 2010;86(3):209-214.

WILSON, I. **Tutorial de anestesia da semana da oximetria de pulso, parte 1.** Sociedade brasileira de anesthesiologia, Santa catarina, 2013.